Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 lipca 1884. № 30. Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

Prof. Dr. Rydel ogłosił w Przeglądzie Lekarskim z r. 1878 (Nr. 16—20) spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją, poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku. W następnych pięciu latach, a więc aż po koniec 1882 roku, wykonano dalszych 453 operacyj zaćmy (*extractio*, nie wliczając discysyi), z których niniejszém sprawę zdać zamierzam, przyczém wspomnieć muszę, że w ogólności co do rozkładu przedmiotu trzymać się będę powyżéj wspomnianéj pracy prof. Rydla.

Dawną linijową operacyję zaćmy wykonano 15 razy, obwodową linijową 426 razy (Graefe), płatową 5 razy (Beer), a wreszcie wykonano operacyję zaćmy urazowéj 5 razy, i operowano sposobem Wenzla 2 razy.

A) Z a ć m y s a m o r o d n e n i e p o w i k ł a n e (*Cataracta spontanea non complicata*). Tą postacią zaćmy dotkniętych operowano mężczyzn 121 (53·36%), kobiet 106 (46·64%) razem 227 osob. Podobny stosunek liczebny operacyj wykonanych u mężczyzn i kobiet napotykamy także w innych klinikach okulistycznych.

Z tych 227 osób pochodziło z Krakowa 12, z W. ks. krakowskiego i Galicyi zachodniéj 166, z Galicyi wschodniéj 15, z Królestwa polskiego 25, ze Śląska austryjackiego 2, z pruskiego 2, z Węgier 2, z Morawy 2 i z Czech 1.

Pod względem stanu i zatrudnienia było: Wieśniaków i wieśniaczek 126, handlarzy i handlarek 23, mieszczan i mieszczanek 10, wyrobników i wyrobnic 18, kupców 6, urzędników 4, szewców 4, służących 5, nauczycieli 2, lekarz 1, obywatel ziemski 1, akuszerka 1, leśniczy 1, leśny 1, kucharz 1, murarz 1, tokarz 1, kuśnierz 1, cieśla 1, rzeźnik 1, trafikant 1, belfer 1, fabrykant papieru 1, piwowar 1, parasolniczka 1, wdowa po proboszczu obrządku greckiego 1, wdowa po leśniczym 1, żona leśnego 1, żona stolarza 1, żona listonosza 1, żona kapelusznika 1, żona malarza 1, żona robotnika przy salinach 1, bez zatrudnienia osób 5.

Na 190 chrześcijan było 37 starozakonnych (m. 20, k. 17) stanowią oni zatém 16·3% operowanych na zaćmę.

Pod względem wieku było:

Wiek	M.	K.	Razem	W %
30—39	4	17	21	9·25
40—49	13	20	33	14·54
50—59	37	37	74	32·59
60—69	39	25	64	28·19
70—79	25	7	32	14·09
80—89	3	—	3	1·32
	121	106	227	

Najmłodsze z operowanych osób były trzy kobiety mające po lat 30, najstarszą był mężczyzna mający 83 lat wieku.

Względnie największa liczba operowanych przypada na szósty dziesiątek lat (32·59%). Zmniejszanie się odsetki operowanych po sześćdziesiątym roku życia odpowiada mniejszéj liczbie ludzi, dochodzących w ogólności tak późnego wieku. Przed rokiem pięćdziesiątym operowano w porównaniu z mężczyznami znacznie większą ilość kobiet (m. 17, k. 37). Tę uderzającą różnicę starał się prof. Rydel w wyżéj przytoczonéj pracy wytłumaczyć. Zwrócił on mianowicie na to uwagę, że znaczna część tych stosunkowo młodych kobiet, prawie wyłącznie stanu włościańskiego, uderzała swoją wątłością, a raczéj złym stanem odżywienia i oznakami przedwczesnéj zgrzybiałości, pomimo iż nie można było wykryć w nich żadnego wyraźnego zboczenia zdrowia ogólnego. Śledząc przyczynę tego przedwczesnego upadku ustroju, doszedł prof. Rydel do tego przekonania, że znaczna część tych kobiet odbywała liczne porody, i jak to jest w zwyczaju u naszych włościanek, karmiła dzieci zbyt długo. Okoliczność tę w ostatnich latach uwzględniano stale spisując wywiady i

historyje chorób. Odnośne zapiski w dziennikach kliniki, z których wyjątki poniżéj przytoczę, dowodzą, że chociaż nie jedyną, to przecież jedną z przyczyn częstszego pojawiania się zaćmy w wieku młodszym u kobiet są liczne porody w połączeniu z nadmiernie długiém karmieniem przy ciężkiéj pracy i często niedostateczném i nieodpowiedniém, bo niemal wyłącznie roślinném pożywieniu.

Pomiędzy rokiem 30 a 50 operowano 37 kobiet, które, z wyjątkiem trzech izraelitek, trudniących się handlem, wszystkie należały do stanu włościańskiego, a wszystkie bez wyjątku źle były odżywione i wynędzniałe. W czterech przypadkach nie uwidoczniono w dziennikach klinicznych ilości przebytych porodów, w 33 zaś przypadkach wyraźna znajduje się o tém wzmianka, jak również i o tém, jak długo dzieci karmiły. Karmienie dzieci trwało najczęściéj dwa lata lub dłużéj, chyba, że wcześniejsza śmierć dziecka matkę od karmienia uwolniła.

Ponieważ spostrzeżenia poczynione w ostatniém pięcioleciu dowodzą prawdziwości twierdzenia prof. Rydla co do wpływu częstych porodów w połączeniu z zbyt długiém karmieniem na wcześniejsze powstawanie zaćmy schyłkowéj u kobiet, przytoczę więc z zapisków klinicznych, w porządku jak po sobie operacyje kobiet następowały, wiek chorych i liczbę porodów z dodatkami, które objaśnić mogą, o ile jakieś inne przebyte choroby na podupadnięcie odżywienia i przyspieszenie zmian schyłkowych wpłynąć mogły. Jeżeli nie podam wyraźnie, jak długo karmienie trwało, rozumieć należy, że to miało miejsce przez mniéj więcéj dwa lata.

Z operowanych w r. 1878 kobiet, mających niżéj lat 50, miała jedna lat 40 a dzieci czworo; druga lat 46, dzieci ośmioro; daléj lat 35, dzieci pięcioro; izraelitka lat 38, dzieci siedmioro, raz bliźnięta, które karmiła półtrzecia roku; wreszcie jedna lat 34, dzieci pięcioro. W roku 1879: Lat 43, dzieci sześcioro; lat 41, dzieci siedmioro, a od 5 lat już na jedném oku miała zaćmę; lat 40, dzieci sześcioro, z tych jedno umarło po roku, jedno urodziło się nieżywe a resztę karmiła dłużéj niż po 2 lata; lat 37, dzieci czworo, z których pierwszych troje do roku żyły, czwarte karmiła trzy lata; 30 i 33 lat, po troje dzieci i jedna mająca lat 32, która wprawdzie dwoje tylko miała dzieci, które po 2 lata przeszło karmiła, lecz kilka razy przebywała ciężkie gorączkowe choroby, przez kilka lat cierpiała na padaczkę i była bardzo źle odżywioną i wynędzniałą. Od 3 lat już nie ma napadów padaczkowych. W roku 1880: Lat 45, dzieci siedmioro; lat 44, jedno dziecko, które porodziła w 17 roku życia, ciągle choruje; lat 42, dzieci czworo, ma kilka razy do roku napady epileptyczne; lat 35, dzieci dwanaścioro, z których czworo najstarszych karmiła po 2 lata, piąte półtora roku, ostatnich zaś siedmioro umarło nie długo po urodzeniu; izraelitka lat 35, dzieci czworo; lat 30, dzieci dwoje; 36 lat, dzieci siedmioro, z których pięcioro karmiła po półtora roku, dwoje zaś umarło wcześnie; lat 35, dzieci sześcioro, z których czworo karmiła po półtora roku. W r. 1881: Lat 42, miała dziesięcioro dzieci, z których 9 sama wykarmiła a jedno wcześnie umarło; lat 43, dzieci sześcioro; lat 30, dzieci pięcioro, dwoje karmiła po przeszło 2 lata; lat 36, dzieci sześcioro, i lat 40, dzieci dziewięcioro, z których dwoje urodziło się nieżywych, resztę zaś karmiła po roku do 2 lat. W r. 1882: Lat 38, dzieci ośmioro, wszystkie karmiła średnio po pięć ćwierci roku; lat 42, dzieci ośmioro, czworo żyje, te sama wykarmiła; lat 44, izraelitka, dzieci ośmioro, wszystkie sama karmiła; lat 37, dzieci sześcioro; lat 40, dzieci dwoje; lat 34, dzieci siedmioro, z których troje wykarmiła a reszta wcześnie pomarła, a nakoniec lat 40, dzieci siedmioro, pięcioro karmiła po półtora roku. Nikt nie zaprzeczy, że jeżeli nasze włościanki przy ciężkiéj pracy, przeważnie o roślinném pożywieniu przebywają kilka porodów i przez całe szeregi lat albo są w ciąży albo dzieci karmią, to wcześniéj niż kobiety w lepszych żyjące warunkach, ulegać muszą zmianom schyłkowym.

Jedna z kobiet bezdzietnych, którą operowano w roku 1880 w 49 roku życia, podała, że w roku 1854 przebyła ciężką cholerę podczas epidemii, a późniéj znowu podczas dwóch w jéj okolicach panujących epidemij oba razy na cholerę zapadła, raz zaś poroniła. Po każdorazowém przebyciu cholery dłuższy czas chorowała i zwolna do sił przychodziła.

Wspomnieć zresztą muszę, że w dwóch z wyżéj przytoczonych przypadków chore cierpiały na napady epileptyczne. W trzech przypadkach toż samo spostrzegano u mężczyzn i to takich, którzy w stosunkowo młodym wieku na zaćmę zapadli. Raz nawet za pomocą środków lekarskich staraliśmy się powstrzymać napady, które dość często dręczyły chorego, obawiając się, że oko mogłoby po operacyi, w razie napadu, ucierpieć. Podawano stopniowo coraz większe dawki bromku potasu; doszliśmy wreszcie aż do 15·0 *p. die*, któreto dawki powstrzymały przez trzy tygodnie zupełnie napady, występujące przed zażywaniem leku prawie codziennie lub co drugi dzień. Przypadki te nasuwają myśl, czy wstrząśnienia podczas napadu a przytém sprawa chorobowa układu nerwowego, osłabiająca organizm i przyspieszająca jego wyniszczenie, nie przyczyniają się w niektórych przypadkach do wcześniejszego wytwarzania się zaćmy schyłkowéj. W każdym razie należałoby pod tym względem w przyszłości dalsze gromadzić spostrzeżenia. Szczególnie przy spisywaniu historyj chorób należałoby zadawać odnośne pytania. Padaczka bowiem jest chorobą, do któréj z uprzedzeń mających swój początek w tradycyjach religijnych i z powodu łatwo zrozumiałéj obawy przed takimi ludźmi, dotknięci tą chorobą, a szczególnie kobiety, przyznać się nie chcą. Nasi chorzy nazywali napady, zgodnie z nazwą ludową, wielką chorobą. We wszystkich czterech, wyżéj przytoczonych, przypadkach bliższe wywiady wykazały że chorzy istotnie cierpieli na padaczkę.

Na jedném oku operowano 146: 79 mężczyzn i 67 kobiet, z którychto osób już dawniéj trzy były operowane na jedném oku. Na obu oczach operowano 81: 42 mężczyzn i 39 kobiet; wykonano zatém ogółem 308 obwodowych linijowych ekstrakcyj zaćmy, z których na mężczyzn przypada 163 (52·2%), na kobiety 145 (47·8%).

Z 81 osób operowanych na obu oczach wykonano obie operacyje za jednym pobytem w klinice u 50 (28 m., 22 k.) za dwukrotnym pobytem u 31 osób (14 m., 17 k.). Na obu oczach równocześnie (w jedném posiedzeniu) nie zdejmowano zaćmy ani razu, lecz drugą dopiero po upływie pewnego czasu. U tych więc chorych, którzy w ciągu jednego pobytu poddali się operacyi obuocznéj, wykonywano operacyję drugą dopiero po upływie najmniéj 9, najczęściéj zaś dopiero dziesięciu do czternastu i więcéj dni.

Pod względem okresu rozwoju było zaćm:

Niedojrzałych 6 czyli 1·94%. Dojrzałych 183 czyli 59·41%. Przejrzałych 119 czyli 38·63%. — Na 119 zaćm przejrzałych była w 37 przypadkach także torebka przodkowa w mniejszéj lub większéj rozległości zaćmiona *(Cata-*

racta capsulolenticularis), w 12 zaś przypadkach kora była rozwodnioną a jądro opadłe (*Cataracta Morgagniana*). Ilość zaćm przejrzałych (38·63%) jest tak wielka jakiéj nie napotykamy w sprawozdaniach z innych zakładów. Przyczyna tego tkwi w ubóstwie i niezaradném niedbalstwie o zdrowie tych warstw ludności, które dostarczają chorych do klinik. Ludzie ci szukają pomocy gdy ich do tego zmusza ostateczna konieczność, tj. niezdolność do pracy w skutku zaćmy oka drugiego. Przybywają do kliniki z zaćmą na oku późniejszém najczęściéj jeszcze niedojrzałą, a za to już przejrzałą na oku dawniéj ociemniałém, na którém się operacyję wykonywa. (C. d. n.)

II. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Jeżeli się zapytamy, jakie momenty śród leczenia ran mogą zmniejszyć wpływ działania sublimatu, to znajdziemy w pracy Kocha również dostateczne wyjaśnienie. Koch mówi na str. 278: „Ze względu na praktyczne zastosowanie sublimatu do dezinfekcyi należałoby tak samo jak i wobec innych środków dezinfekcyjnych uwzględnić, że cyfry zestawione na podstawie moich doświadczeń, które podają granice działania odwaniającego, odnoszą się do takich stosunków, gdzie ilość środka przeciwgnilnego w rozczynie działa bez wszelkiego zmniejszenia. Odmienne stosunki będą téż wymagały odmiennego stopnia zgęszczenia środka dezinfekcyjnego. Mianowicie dotyczy to tych przypadków, gdzie chodzi o dezinfekcyję płynów obfitych w białko, albo w kwas siarkowodowy, albo w inne jakieś ciało dające z rtęcią połączenia nierozpuszczalne." Podane wyż doświadczenia Kocha odnoszą się do działania sublimatu i kwasu karbolowego na czyste hodowle prątków wąglikowych i zarodników, gdzie więc żadne inne ciała nie mogły upośledzać działania środka badanego. Sublimat jednak wszędzie tam, gdzie się styka z raną lub z wydzieliną, napotyka na istoty białkowate, które sprowadzają jego rozkład wytwarzając białkan rtęciowy. Wiadomo przecież powszechnie, że tylko w skutek tego działania można zazwyczaj stosować na rany sublimat, który zresztą należy do najgwałtowniejszych trucizn. Ale ten sam proces, który trujący sublimat zamienia na ranie w względnie nieszkodliwy białkan rtęciowy, zmniejsza również w wysokim stopniu jego działanie przeciwpasorzytnicze; robi, jak późniéj zobaczymy, z jednego z najmocniejszych środków dezinfekcyjnych środek miernie silny, od którego nawet czasem kwas karbolowy nie wiele jest słabszym.

Nie wszędzie jednak śród stosowania sublimatu do leczenia ran siła jego dezinfekcyjna ulega upośledzeniu. Musimy pod tym względem ściśle odróżnić te zabiegi antyseptyczne, które się wykonywa jeszcze przed rozpoczęciem operacyi od tych, które się wykonywa podczas i po operacyi. Pierwsza, że tak powiem profilaktyczna część antyseptyki, ma na celu oczyścić zupełnie jeszcze przed operacyją wszystko, cokolwiek z raną ma się zetknąć. Tu należy przygotowanie gąbek, drenów, nitek do szwu i do podwiązania, narzędzi, a zwłaszcza dezinfekcyja rąk operatora i asystentów, jak niemniéj i pola operacyjnego. Ponieważ w téj profilaktycznéj antyseptyce nie spotykamy się ze znaczniejszą ilością wolnych ciał białkowatych, przeto działanie odwaniające sublimatu rozwija się w całéj pełni bez ograniczenia. Z góry więc trzeba przyznać, że sublimatowi w rozczynie 1:1,000—5,000 ze względu na profilaktyczną część antyseptyki, wyjąwszy czyszczenie metalowych narzędzi, które sublimat nadżera, należy się pierwszeństwo przed kwasem karbolowym. Największe jednak znaczenie posiada sublimat jako środek oczyszczający ręce mające się dotykać rany i samego pola operacyjnego przed operacyją. Wartość sublimatu jest tu o tyle wyższą, że przedtém nie mieliśmy żadnego pewnego środka dla zupełnéj dezinfekcyi rąk; a bez wątpienia przecież ręce i palce chirurgów i położników w znaczeniu antyseptyki należą do najniebezpieczniejszych narzędzi. Należy tylko zważyć, jak często zmuszeni jesteśmy badać palcem pochwę, kiszkę stolcową, usta, nos, posokujące rany i rozpadłe nowotwory! A jak często jesteśmy zmuszeni jeszcze tego samego dnia, często po upływie bardzo krótkiego czasu, wykonać większą operacyję w czystych tkankach! Każdy sumienny lekarz z pewnością za każdym razem wypalał narzędzia, które się zetknęły z raną nieczystą, posokującą lub dyfterytyczną nim ich użył znów do innéj jakiejś rany, zniszczył gąbkę, która przypadkowo z taką raną się zetknęła, gdyż tu nie mógł polegać na dezinfekcyjnéj sile kwasu karbolowego. Tylko ręka i palec pozostały nie należycie oczyszczone, gdyż nawet po kilkakrotném mechaniczném oczyszczeniu i zmyciu kwasem karbolowym mogły w wolnych porach i na paznogciach pozostać liczne zarodki zakaźne. Sublimat daje nam możność przez jednorazowe zmycie palców oczyszczonych przedtém z wszelkiéj wydzieliny zniszczyć z równą pewnością wszelkie przyrzuty, jak na metalowych narzędziach przez wypalenie. Równie wielkie znaczenie posiada sublimat ze względu na dezinfekcyję pola operacyjnego przed operacyją, a względnie części rodnych zewnętrznych i pochwy przed porodem.

Przez zastosowanie sublimatu w podanym celu zwiększa się bezsprzecznie pewność postępowania przeciwgnilnego. Mojém zdaniem, znaczne polepszenie wyników, które osiągnęło wielu chirurgów i ginekologów od czasu wprowadzenia sublimatu, należy w znacznéj części, jeżeli nie wyłącznie, policzyć na karb téj profilaktycznéj dezinfekcyi.

Dla innych części profilaktycznéj antyseptyki mianowicie do oczyszczania gąbek, drenów, jedwabiu itp. sublimat także zasługuje na pierwszeństwo ze względu na swe szybkie działanie; ale w tym kierunku możemy za pomocą kwasu karbolowego osiągnąć zupełną dezinfekcyję, jeżeli tylko pozwolimy mu działać przez kilka dni albo spotęgujemy jego działanie przez kilkogodzinne gotowanie (postępowanie Czernego). Tu zastosowanie sublimatu ma tylko znaczenie istotnego uproszczenia postępowania.

Podczas gdy zastąpienie kwasu karbolowego sublimatem ma wielkie znaczenie dla części profilaktycznéj, to co do tych części postępowania przeciwgnilnego, które się wykonywa podczas operacyi i po téjże rzecz się ma wcale inaczéj. Tu bowiem wszędzie wydzielina w białko bogata upośledza działanie sublimatu. Kto więc do leczenia ran wyłącznie używa sublimatu, w téj części postępowania przeciwgnilnego posługuje się całkiém odmienném ciałem pod względem składu chemicznego, t. j. białkanem rtęciowym a w najlepszym razie obok tego działa tylko mała resztka pierwotnie użytéj ilości sublimatu. Od rozmaitych stosunków zależy, czy cała ilość sublimatu zamienia się w białkan, czyli też część pozostaje nie połączona, a więc może skutecznie dzia-

łać. Pod tym względem rozstrzyga z jednéj strony ilość wydzieliny i białka w niéj zawartego, z drugiéj strony ilość i zgęszczenie sublimatu. Dla tego też działanie przeciwgnilne sublimatu na rany nie w równym stopniu wśród rozmaitych okoliczności bywa upośledzoném. Z góry też trudno będzie oznaczyć, czy jakaś część sublimatu i wśród jakich warunków na ranie będzie działać, gdyż trudno ocenić, chociby się nawet i znało, zgęszczenie rozczynu sublimatu i ilość białka w wydzielinie zawartego, w jakim stosunku te dwa płyny na ranie, np. podczas krótkiéj irygacyi, zmięszają się. Dla tego też eksperymenta w laboratoryjum wykonane nie mogą dać stanowczego wyniku co do potrzebnego stopnia zgęszczenia sublimatu; tu rozstrzygającém jest tylko doświadczenie. Niemniéj jednak odnośne eksperymenta mogą nam podać w przybliżeniu pewne wskazówki, a mianowicie ułatwić porównanie działania sublimatu z innemi przeciwgnilnemi środkami.

Pod tym względem przytoczę naprzód odnośne doświadczenie Kocha. Koch twierdzi, że dla dokonania dezinfekcyi płynów zawierających ciała, które osłabiają działanie sublimatu, trzeba dodać tyle sublimatu, żeby co najmniéj pozostał w rozczynie wolny sublimat w stosunku 1:5,000. Potrzebną w tym celu ilość sublimatu oznaczył dla trzech płynów, mianowicie dla mocno zanieczyszczonéj wody z rzeki Panki, dla wody znajdującéj się na dnie okrętu i dla krwi gnijącéj. Woda z Panki wymagała rozczynu sublimatu 1:2,000, woda z dna okrętu 1:1,000, a krew gnijąca 1:400. Próbki tych płynów nie zawierały wcale żadnych zdolnych do rozwoju zarodków, a więc têm samém potwierdziły przypuszczenie Kocha.

Żeby więc dokładniéj poznać stosunki obchodzące nas ze względu na leczenie ran, wykonałem następujące doświadczenia: Zmieszałem świeżą bitą krew wołu z równą częścią wody i dodałem do téj szybko gnijącéj i do wydzieliny rannéj dość zbliżonéj cieczy sublimat w rozmaitym stosunku. Z rozczynu 1‰ a względnie 1%wego tyle dodawałem, że w poszczególnych próbkach sublimat znajdował się w stosunku 1:20,000, 1:10,000, 1:5,000, 1:4,000 itd. aż do 1:100.

Epruwetki napełnione temi płynami wstawiano wraz z epruwetkami kontrolującemi do pieca dla wylęgania i badano je w pierwszym tygodniu codziennie, w dalszych tygodniach co 2—3 dni na woń gnilną i za pomocą mikroskopu na obecność mikroorganizmów.

Wynik był następujący: W próbkach zawierających sublimat w rozczynie 1:20,000, 1:10,000 aż do 1:2,000 nie można było dostrzedz stałéj różnicy co do rozwoju zgnilizny i mikroorganizmów w porównaniu z epruwetkami kontrolującemi. Wprawdzie czasami zdawało się, jak gdyby tu i owdzie w próbkach z mocniejszém zgęszczeniem (1:2,000—1:4,000) w pierwszych 24—48 godzinach gnicie i rozwój mikroorganizmów powolniéj nieco postępowały (cały szereg doświadczeń powtórzono 3 razy); w innych jednak epruwetkach z têm samém lub mocniejszém nawet zgęszczeniem objawy te równie prędko występowały jak i w epruwetkach kontrolujących. Muszę tu zarazem dodać, że w podobny sposób występowały i małe różnice pomiędzy epruwetkami kontrolującemi (brano ich zawsze na raz po trzy), co oczywiście zależało od rozmaitéj początkowéj energii rozwoju i wzrostu zarodków grzybkowych zawartych w płynie.

Dopiero ilość sublimatu 1:1,000 stale i wyraźnie, choć słabo tylko, upośledzała rozwój gnicia mikroorganizmów, a mianowicie występowały objawy te późniéj o 1—2 dni i z mniejszém nasileniem. Zwłaszcza mocno ruchliwe bakteryje gnilne nieco późniéj się pojawiały. Zupełny brak tych objawów można było dopiero spostrzedz stale w rozczynie 1:400—500. Doświadczenia wykonane dla porównania z tą samą mieszaniną krwi, do któréj dodałem kwasu karbolowego, wykazały, że wśród tych samych warunków rozczyn kwasu karbolowego 1:500 już działał upośledzająco, a w rozczynie 1:200 przez cały czas obserwacyi, t. j. przez dwa tygodnie, nie przyszło do gnicia i rozwoju bakteryj.

Porównanie działania sublimatu z działaniem kwasu karbolowego wykazuje przeto, że wśród warunków istniejących w moich doświadczeniach, t. j. wobec znacznéj ilości istot białkowatych, kwas karbolowy w podwójném mniéj więcéj zgęszczeniu tak samo powstrzymuje gnicie jak i sublimat, podczas gdy w razie braku tych ciał sublimat 500—1,000 razy mocniéj działa. Twierdzenie Kümmela przeto że rozczyn sublimatu 1‰ i ½‰ odpowiada 5% i 2% rozczynowi kwasu karbolowego nie jest prawdziwém ani w razie obecności ciał białkowatych ani w razie ich braku.

Na têm miejscu chciałbym także zwrócić uwagę na zgodne z mojemi doświadczenia E. Schilla i B. Fischera, wykonane w niemieckim Urzędzie zdrowia, co do dezinfekcyi plwocin suchotników (*Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, t. II, str. 131). Badacze ci wykazali, że 2‰ rozczyn sublimatu, dodany do równéj ilości świeżych, gruźliczych plwocin, mimo 24-godzinnego działania nie wywiera wcale wpływu dezinfekcyjnego, gdyż wszystkie zwierzęta, którym plwociny te zaszczepiono, uległy gruźlicy. Natomiast te same plwociny gruźlicze stale ulegały dezinfekcyi po 24-godzinném zadziałaniu równéj ilości 5% kwasu karbolowego. Prawdopodobnie i tu, w skutek rozkładu, sublimat nie działał na prątki gruźlicze.

E. Schill i B. Fischer dochodzą wobec tego do wniosku, że sublimatu w praktyce nie można użyć do dezinfekcyi plwocin suchotniczych, podczas gdy kwas karbolowy do tego jest wcale odpowiednim. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

O. Messerer: **Przypadek pośredniego pęknięcia czaszki.** W 19ym Nrze *Centralblatt für Chirurgie* z r. b. opisuje autor przypadek pośredniego pęknięcia czaszki w skutek strzału rewolwerowego. Przypadek ten jest 18ym znanym i opisanym, a jakkolwiek rany postrzałowe czaszki należą do bardzo częstych, nader rzadko zdarzają się tego rodzaju pęknięcia, gdyż do ich powstania potrzeba ściśle oznaczonéj siły strzału. Strzały silniejsze, np. karabinowe rozrywają czaszkę w liczne kawałki, strzały słabsze (rewolwerowe małego kalibru) wywołują tylko bezpośrednie pęknięcie, stojące w związku z raną kostną. W przypadku dokładnie przez autora opisanym strzał z pobliża padł w kość czołową ku stronie prawéj, pęknięcie czaszki, niestojące w żadnym związku ani z otworem wejścia kuli, ani z miejscem odbicia się téjże, przechodziło przez sklepienie obu oczodołów, przez lewe skrzydło kości klinowéj na łuskę kości skroniowéj po téjże stronie; z wywiadów wynika, że złamanie czaszki w skutek uderzenia głową o przedmiot twardy można z pewnością wykluczyć, gdyż sprawa zaszła na miękkiéj murawie.

Doświadczenia Buscha i Kochera przemawiają za têm, że pęknięcia czaszki pośrednie powstają w skutek zadziałania nieściśliwego mózgu na osłonę kostną. Przemawia-

ją za tém również doświadczenia Rückera, który strzelając z rewolweru do czaszek trupich wywoływał tylko otwory wejścia i wyjścia, jeżeli jednak mózg nastrzykał wodą, aby go przynajmniéj w przybliżeniu doprowadzić do zasobu w płyn, odpowiadającego stanowi mózgu za życia i dopiero wtedy strzelał do czaszki, mógł wywołać pośrednie złamania czaszki i to zazwyczaj w miejscach najsłabszych a więc pęknięciu podlegały sklepienia oczodołów, kość sitowa lub téż skrzydła kości klinowéj. Do powstania pęknięć pośrednich nie jest koniecznėm, aby mózg był naruszonym, nawet samo uderzenie kuli o czaszkę jest dostatecznėm a dowodzi tego przypadek opisany przez Bergmanna.

Dr. Schaitter.

Förster: O głównych warunkach dobrego oświetlenia w szkołach.

Na posiedzeniu sekcyi higijenicznéj śląskiego Towarzystwa naukowego mówił Förster o warunkach należytego oświetlenia budynków w ogóle, a budynków szkolnych w szczególności. Dotąd służył za miarę oświetlenia stosunek wielkości okien do podłogi, lecz że ocenienie tego rodzaju ma tylko względną wartość, to rzecz naturalna; bo jeżeli ulice są wąskie a przeciwległe domy wysokie, światło może być nawet przy wielkiéj powierzchni szyb niewystarczającém. Do należytego oświetlenia potrzeba, ażeby światło nie odbite od przeciwległych domów ale wprost światło firmamentu wpadało w pewnéj ilości do pokoju. Jeżeli się pociągnie od jakiegoś punktu na powierzchni pultu jednę liniję do górnego brzegu okna a drugą do szczytu przeciwległego domu, to linije te tworzą kąt, który F. nazywa kątem rozwarcia (*Öffnungswinkel*). Wielkość tego kąta powinna wynosić przynajmniéj 5 stopni.

Pierwsza z tych linij tworzy razem z powierzchnią oświeconą, np. powierzchnią pultu, t. zw. kąt wpadania, który powinien wynosić przynajmniéj 25°.

Ważny wpływ na ilość wpadającego światła wywiera położenie okien. Pod tym względem nie zgadza się F. z ogólnie przyjętém zdaniem, że najkorzystniéj jest, jeżeli okna zwrócone są ku południowi i uważa przeciwnie za najlepsze, jeżeli okna są zwrócone ku północy, bo odpadają w takim razie wszystkie niedogodności połączone z używaniem zasłon, a mimo to światło północnego nieba, zwłaszcza jeżeli dzień jest pogodny, wystarcza zupełnie do oświetlenia, jeżeli zaś dzień jest pochmurny, to oko ludzkie nie potrafi odróżnić nieba północnego od południowego.

Wreszcie polecił prelegent, aby przed oknami pokoi szkolnych niedostatecznie oświetlonych utwierdzano szklane trójściany, któreby promienie słońca mogły kierować w głąb pokoi. W odpowiedzi na powyższe przedstawienia zabrał głos prof. Cohn, przypominając, że najlepszym środkiem do ocenienia natężenia światła w pewnėm miejscu jest światłomierz Webera, którego istota na tém polega, że płyta ze szkła mlecznego za pomocą trójścianu odbija światło świecy będźwinowéj na innéj płycie, która jest oświeconą światłem dziennėm. Oba pola ogląda się przez szkło czerwone i płytę ze szkła mlecznego, tak długo się odsuwa lub przysuwa, dopóki oba pola nie są równéj jasności.

Co się tyczy położenia okien, to uważa on za lepsze położenie ku południowi dla tego, że światło jest o wiele silniejszém a niedogodnościom połączonym z używaniem zasłon można zapobiedz, jeżeli się lekko zasłania dolne części okna; przy czém promienie z góry wpadające oświecają salę dostatecznie a nie rażą oczu. Projekt F. co do zastósowania trójścianów zasługuje na to, aby robiono próby w tym kierunku, choć urządzenie takie będzie bardzo kosztownėm (*Breslauer Aerztl. Zeitschrift* Nr. 12). *Dr. Otto.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) **O leczeniu gruźlicy według metody Buchnera**, mówił prof. Ganghofner na posiedzeniu Tow. lek. w Pradze. G. zdał sprawę z dotychczasowych usiłowań leczenia gruźlicy środkami przeciwpasorzytnemi, wykazał, że ze wszystkich środków tego rodzaju ma jedynie arszenik rozleglejsze zastosowanie, a mimo że rezultaty tego sposobu leczenia nie są tak korzystne jak Buchner pierwotnie twierdził, nie zaniechał jednak podawania arsenu u 24 chorych, leczonych ambulatoryjnie w klinice pragskiéj. Na podstawie tych przypadków nie nabrał G. przekonania o pewnėm specyficznėm działaniu arsenu na sprawę gruźliczą, działa on korzystnie symptomatycznie lecz dalszych doświadczeń w tym kierunku wcale jeszcze zaniechać nie wypada. Mały dodatek makowca powstrzymuje przypady gastryczne, a przy stosowaniu podskórném według Köbnera można stosować dawki znacznie mniejsze, nie narażając się na jakiekolwiek nieprzyjemne powikłania. Działanie arsenu tłumaczy sobie G. wpływem środka na zmniejszenie zużywania materyi analogicznie do spostrzeżeń czynionych przez dermatologów. (*Wiener med. Woch.*, Nr. 21, 1884).

Czynność czerwonych ciałek krwi. Guilio Fano w artykule zamieszczonym w dzienniku *Lo Sperimentale* przytacza wynik znaczniejszego szeregu swych doświadczeń: 1) peptony, bez względu na to czy dostaną się drogą transfuzyi czy téż wchłonięte zostaną w przewodzie pokarmowym, doznają we krwi przemiany na białkany ścinaniu się ulegające; 2) czynnikiem działającym w téj przemianie są czerwone ciałka zwiększające swój ciężar gatunkowy przez zasymilowanie peptonów, które się do krwiobiegu dostały; 3) odwodnienie peptonów przez co one przemienione zostają w gałczeń sprawiają prawdopodobnie sole potasowe ciałek czerwonych, a może i obecność oxyhaemoglobinu jest do spełnienia tego procesu nieodzownie potrzebną; 4) że nakoniec nagromadzone białkany odgrywają rolę rezerwowego pożywienia i oddawane bywają tkankom w miarę jak proces rozkładowy wymaga zastąpienia ubytku świeżym materyjałem. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 9). *Dr. Grabowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II d. 12 maja 1884.

Przewodniczący Dr. Scborowski. Obecnych członków 12 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał i przedstawił obecnym gościa Dra J. Dymnickiego lekarza zdrojowego z Buska.

2) Przewodniczący podniósł sprawę poruszoną przez jeden z dzienników miejscowych, postarania się o zaprowadzenie na kolejach żelaznych krajowych urządzeń, mających na celu ułatwienie podróży oraz udogodnienie téjże dla osób udających się do zakładów zdrojowych i uzdrowisk w kraju naszym się znajdujących, zwłaszcza dla osób chorych, szukających tam ulgi i poratowania zdrowia. W tym celu postanowiono korzystać z doświadczonéj w r. z. uprzejmości Ministerstwa handlu, które na przedstawienie Komisyi balneologicznéj z niezwykłą szybkością postarało się o polecenie Dyrekcyi kolei żel. tarnowsko-leluchowskiéj zaprowadzenia osobnego pociągu, którym goście udający się do zdrojowisk Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, znacznie

prędzéj niż pierwéj dostają się na miejsce. Dyrekcyja kolei tarnowsko-leluchowskiéj z wszelką gotowością poleceniu temu zadość uczyniła. Również polecono Dyrekcyi kolei Karola Ludwika wygodniejsze urządzenie sal poczekalnych w dworcu tarnowskim, czemu atoli tylko po części zadość się stało.

Obecnie Komisyja postanowiła wnieść podanie do Ministerstwa handlu z prośbą, o polecenie zaprowadzenia na kolejach żelaznych krajowych następujących zmian i ulepszeń:

a) Zaprowadzenia na wszystkich kolejach krajowych] do zdrojowisk prowadzących wygodnych wagonów, w którychby osoby cierpiące nie tylko wygodnie siedzieć ale i leżeć mogły i nadto zaprowadzenia wagonów przechodowych (*Durchgangskrankenwagen*), któremiby chorzy bez potrzeby przesiadania się raz wsiadłszy do wagonu, całą podróż aż do stacyi najbliższéj zdrojowiska, do którego zdążają, odbyć mogli. Tego rodzaju wagony prawie wszędzie za granicą a po części i na naszych kolejach ale tylko do zdrojowisk czeskich już się znajdują.

b) Dogodniejszego urządzenia sal poczekalnych w dworcach kolei żelaznéj, zwłaszcza na tych stacyjach, gdzie się pociągi krzyżują i gdzie goście w większéj liczbie i dłużéj czekać są zmuszeni.

c) Zaprowadzenia biletów okólnych i powrotnych, jakie już po części są zaprowadzone, z opuszczeniem z ogólnéj należytości za podróż tam i na powrót 30—50% lecz są ważnemi tylko przez trzy dni; chodzi zaś o nadanie tymże ważności dla osób udających się w celach leczniczych do zdrojowisk na czas znacznie dłuższy, od sześciu do dziesięciu tygodni jeżeli nie na całą porę zdrojową.

d) Uwolnienia od opłat przewozowych osób ubogich zaopatrzonych w wiarogodne, należycie legalizowane świadectwa ubóstwa, zwłaszcza w téj porze, kiedy przejazd gości nie jest zbyt wielki, a zakłady ubogich od taks uwalniają, a mianowicie: w czasie od 15 maja do końca czerwca i od 15 sierpnia do końca pory zdrojowéj.

Napisaniem i wysłaniem podania w języku niemieckim zajmą się przewodniczący łącznie z koll. proff. Althem i Olszewskim.

3) Następnie prof. Dr. Olszewski podał wiadomość o składzie chemicznym wody rabczańskiéj ze zdroju Kaźmierza, którą świeżo analizował.

Z czterech zdrojów wody słonéj znajdujących się w Rabce trzy były analizowane w r. 1863 przez śp. Aleksandrowicza, a mianowicie zdroje Maryi, Rafaela i Krakusa, woda ze zdroju Kaźmierza wówczas nie była poddaną rozbiorowi, z powodu nieuporządkowania zdroju i przeciekania wody słodkiéj. Obecnie stan zdroju Kazimierza nie o wiele się polepszył, w roku zeszłym przystąpił wprawdzie właściciel Rabki Wny J. Zubrzycki do oczyszczenia tego zdroju, po wydobyciu jednak kamieni i gałęzi na kilka sążni głębokości, nie dobrano się jeszcze do dna studni; od przypływu wody słodkiéj również zdrój nie został zabezpieczony, zapewne z powodu nasuwających się trudności. Ponieważ woda z tego zdroju bywa do kąpiel używaną, rozbiór jéj zatém był pożądany. Z powodu jednak nieuporządkowania zdroju rozbiór ten uważać należy za tymczasowy, uwzględniający tylko ważniejsze składniki wody.

Woda do rozbioru potrzebna została przesłaną do Krakowa, Dr. Olszewski na miejsce nie jeździł, nie miał zatém sposobności zbadać na miejscu fizycznych własności wody.

Wypadki rozbioru obliczone na 1,000 części wody:

Chlorku potasu	0.22795
„ sodu	13.55360
Bromku sodu	0.03890
Jodku sodu	0.00580
Węglanu sodowego	0.55302
„ barowego	0.00325
„ wapniowego	0.19055
„ magnowego	0.11273
Niedokwasu żelaza i glinu	0.00393
Kwasu krzemowego	0.00887
Węglanu azotowego	nie oznaczono
Chlorku litowego	nie oznaczono
Boranu sodowego	nie oznaczono
Istot organicznych	nie oznaczono
Węglanu magnowego	nie oznaczono
Składników stałych	15.01000
Ciężar gatunkowy	1.0138

Prof. Olszewski nadmienił, że analizuje obecnie sól rabczańską.

W dyskusyi zabrał głos kol. Kopernicki, który przez czas dłuższy był lekarzem zdrojowym w Rabce, przedstawiając, iż woda ta najobficiéj wytryskająca, jako zawierająca mniéj soli a więcéj kwasu węglowego od wody innych zdrojów jest najodpowiedniejszą do picia. Późniéj zabierali głos jeszcze koll. Rybczyński, Gralewski i przewodniczący. Ostatecznie orzeczono, iż konieczną rzeczą dla Rabki, któréj woda należy do najsilniejszych wód słonych jod i brom zawierających, jest odpowiednie urządzenie i utrzymanie tak samych zdrojów jakotéż i całego zakładu, a nakład wyłożony sowicie się opłaci.

6) Przewodniczący z powodu zbliżającéj się pory zdrojowéj, w któréj większa część członków udaje się na miejsce swego pobytu letniego, pożegnał obecnych, odkładając posiedzenia do jesieni.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Śniborowski.*

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

V.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj, posiedzenie przedpołudniowe d. 3 czerwca.

Przewodniczący Doc. Dr. Chodounsky z Pragi, sekretarz Dr. Arenstein.

1) Dr. Wolfram: O prątkach gruźliczych. Prelegent badając wydaliny chorych w przeszło 60 przypadkach obserwowanych w klinice krakowskiéj, a podejrzywanych o gruźlicę, przekonał się, że ile razy zostały prątki Kocha wykazane, rozpoznanie gruźlicy w odpowiednich narządach okazało się niewątpliwém. W obec tego faktu należy uznać, że stwierdzenie istnienia prątków w plwocinach jest niezbitym dowodem gruźlicy płucnéj; dochodzenie rozpoznania gruźlicy na téj drodze przewyższa metodę fizycznego badania swą niezawodnością i możnością stwierdzenia gruźlicy już w wczesnych okresach choroby. Obecność prątków wskazuje rozpoczynający się rozpad ognisk gruźliczych. Z nieobecności prątków w plwocinach nie należy wnosić, że sprawa gruźlicza nie istnieje. Autor twierdzenia swe poparł szczegółami swych badań klinicznych. Z ilości i kształtu prątków nie należy wysnuwać jakiegokolwiek wniosku; między stopniem gorączki a ilością prątków nie zachodzi żaden przyczynowy związek.

2) Doc. Dr. Chodounsky: Rzut oka na leczenie gruźlicy. Nie należy utrzymywać, że jedyną przyczyną gruźlicy jest prątek Kocha; są przyczyny usposabiające organizm do przyjęcia prątka gruźliczego, a do nich zalicza prelegent usposobienia dziedziczne, słabą odporność ustroju z jakiéjkolwiek przyczyny, stałe drażnienie miąższu płuc, zastoje i nieżyt w szczytach płuc. Tak miejscowe jak i ogólne leczenie ma swe ważne wskazania; należy podnieść siły chorego, uregulować krążenie w szczytach płucnych, dbać o prawidłową rozszerzalność klatki piersiowéj i podnieść energiję skurczów mięśnia sercowego. Obok wymienionych zachodów najważniejszém jest leczenie klimatyczne i w tym celu przyznaje autor takim tylko miejscowościom wartość leczniczą, które leżą przynajmniéj 1.000 metrów nad powierzchnią morza; w końcu oparłszy się na 2.000 przypadków zebranych w literaturze lekarskiéj, formułuje wskazania i przeciwwskazania leczenia gruźlicy klimatem górskim.

3) Dr. Nawroczyński: O tężcu przewlekłym. Prelegent mając w leczeniu przypadek tężca po amputacyi, zastrzyknął pod skórę królikowi ropę z tego chorego; zwierzę

po kilku dniach zginęło w drgawkach. N. wnosi z tego doświadczenia, że tężec jest chorobą zakaźną, chorobą krwi a nie nerwów. Dr. Gluziński w dyskusyi nie przyznaje przypadom, spostrzeganym przez prelegenta u królika znaczenia tężca i przestrzega przed wyprowadzeniem tak śmiałych wniosków z jednego przypadku. Dr. Pacanowski i Dr. Koszutski również nie podzielają wywodów prelegenta.

Posiedzenia popołudniowe d. 3 czerwca.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Przewodniczący Dr. Chodounsky, sekretarz Dr. Reichman.

1) Dr. Koszutski: O błonicy i jéj leczeniu jednochlorkiem rtęci. Chcących zapoznać się z tym przedmiotem odsyła K. do swojéj rozprawy pod powyższym tytułem ogłoszonéj ku uczczeniu członków IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Prelegent przytacza historyję leczenia błonicy rtęcią (Bretonneau, Gräfe, Villers, Annuchat, Rothe itd.). Z stósowanych przetworów rtęci od r. 1882 najwięcéj zaczął nabierać uznania dwuchlorek rtęci, polecony przez Kaulicha, prawdopodobnie opierającego się na opinii takiéj jak Koch powagi, który, jak wiadomo, stawia sublimat najwyżéj w rzędzie środków przeciwzakaźnych. Kaulich podaje do pędzlowania 0,05—0,10%, wewnętrznie 0,01—0,02% *pro die* w emulsyi z żółtkiem i koniakiem; do inhalacyj 0,005%, do przemywania tchawicy po tracheotomii 0,05%. Kaulich znalazł liczny szereg naśladowców, którzy wszyscy uznali niepospolitą skuteczność sublimatu. W końcu zeszłego roku prelegent rozpoczął swe doświadczenia z sublimatem, który stosuje *in statu nascendi*, co uskutecznia przy pomocy rozczynu soli kuchennéj i proszku kalomelu i posługuje się nim tylko lokalnie. W celu oczyszczenia powierzchni zajętéj sprawą błonicową, również ażeby przygotować chemiczne warunki powstania sublimatu *in statu nascendi*, prelegent poleca do płukania u osób umiejących i chcących płukać rozczyn 2—5% soli kuchennéj, u dzieci małych i nieposłusznych rozczyn ten stosuje się strzykawką; po należytém oczyszczeniu okolicy błonicą nawiedzonéj i uskutecznioném płukaniu stosuje prelegent wdmuchiwania kalomelu *(vapore parati)* (0,1—0,5) zwykłą Leiterowską dmuchawką; rękoczyn ten należy 2 razy dziennie stósować, kierując proszek kalomelu na środek okolicy błonicą zajętéj. Stósowanie tego leczenia nigdy nie pociągło za sobą jakichkolwiek przykrych następstw. Kalomel niezamieniony w sublimat często wywołuje cechujące stolce; w razie zatwardzenia podaje autor olej rącznikowy w celu zapobieżenia rtęcicy, mogącéj powstać w skutek połykania kalomelu. Zasypywania poleca prelegent tak długo, aż ustąpią wszelkie ślady dyfteryi i to 2, 3 i więcéj razy dziennie, w miarę stopnia zniszczeń, które sprawiła błonica. Na 36 przypadków, które prelegent leczył sublimatem, 10 było dyfteryj ograniczonych tylko do powierzchni błon śluzowych; reszta przypada na przypadki ciężkie, przebiegające samoistnie, lub wikłające płonicę; używał autor po 2 wdmuchiwania dziennie, i nie potrzebował przekraczać sześciu wdmuchiwań na całą kuracyję; ciepłota obniżała się po 3 lub 4 wdmuchiwaniu, przyczém jednocześnie stósowaném było zmywanie ciała wodą i gliceryną w równych częściach. Tylko w ciężkich przypadkach dyfteryi z płonicą przebiegających lub téż przy uczuciu silnego palenia w gardle, stósował autor lód do połykania i okładania szyi. Przeciw błonicy w tylnych przewodach nosowych używał K. przestrzykiwań lodową wodą za pomocą przyrządu Webera.

Prelegent kończy swój odczyt następującemi twierdzeniami:

a) Kalomel lokalnie zastósowany i wytwarzający sublimat *in statu nascendi*, został użyty przez autora w 36 przypadkach błonicy z zupełném powodzeniem i wyleczenie szybko następowało.

b) Rychłe zapobieganie chorobie tamuje szerzenie się zakażenia ogólnego.

c) Lek proponowany przez autora jest łatwy do zastósowania nawet u małych dzieci, i jest tani.

d) Odpowiednio użyty (t. j. aby szybko opuścił przewód pokarmowy) żadnéj szkody ustrojowi wyrządzić nie może.

Po wykładzie wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos: Dr. Wolfram, Dr. Arenstein, Dr. Handelsman i Dr. Reichman.

Sekcyja chirurgiczna.

1) Dr. Wehr: O przeszczepianiu raka. Prelegent przytacza fakta stwierdzające teoryję Cohnheima o płodowych zawiązkach nowotworów, a zarazem na podstawie poważnych źródeł zaznacza, że mniemanie Cohnheima, jakoby rak nie mógł być przeniesiony z jednéj osoby na drugą, nie jest zgodne z prawdą, o czém sam przekonał się własnemi badaniami, dokonanemi wspólnie z prof. Kadyjem w pracowni lwowskiéj szkoły weterynaryi.

Dr. Wehr doszedł do następujących wniosków: 1) liczne nieudane doświadczenia pochodziły ztąd, że szczepiąc wywoływano zapalenie, któremu autor zapobiega metodą antyseptyczną, ściśle zastósowaną.

2) W doświadczeniach przez Dra W. stale po zabliźnieniu *per primam* występowały guzki podskórne w miejscu zaszczepienia, które powiększały się przez 4—6 tygodni i następnie ulegały wessaniu; budowa histologiczna tych guzków, które dochodziły wielkością laskowego orzecha, była identyczną z budową istoty zaszczepionéj.

3) Wyniki dotychczasowych badań nie rozstrzygają sprawy przeszczepialności raka, lecz stwierdzają zdanie Virchowa, że wszystko zależy od wykrycia korzystnych warunków, sprzyjających rozwojowi raka w organizmie, na który go przeszczepiono.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Homme i Dr. Schramm

II. Dr. Rydygier: O korzyściach niektórych uproszczeń metod opatrunkowych przeciwzakaźnych. Z własnego doświadczenia zaleca watę sublimatową drzewną Brunsa, t. j. watę zmięszaną z wełną drzewną sublimatową; daléj pokazuje podkładki Leisrinka z mchu prasowanego. Prelegent, Dr. Wehr i prof. Obaliński uważają sublimat za lepszy od karbolu w zabezpieczaniu chorych od róży.

III. Prof. Janovsky (z Pragi): O wysypkach pojodoformowych. J. uważał kilkakrotnie wysypki lokalne i ogólne (rumień, wyprysk itd.) po zastosowaniu opatrunku jodoformowego, przyczém ciepłota lekko podniosła się (38°C.). Jeden przypadek dotyczył otworzenia dymienic pachwinowych, drugi wyskrobania tocznia, trzeci *gumma exulcerans*.

W dyskusyi zabierają głos, przytaczając nowe fakta na potwierdzenie zdania prelegenta: prof. Obaliński, Dr. Czarda, Dr. Szuman i Dr. Schramm.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

1) Dr. Obtułowicz: O błonicy, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym. W dłuższéj rozprawie omawia prelegent przyczyny powstawania błonicy, polemizuje z zapatrywaniem się na tę sprawę innych pisa-

rzy i na podstawie ścisłych obserwacyj twierdzi, że błonica szerzy się głównie w porze dżdżystéj i wilgotnéj, zwłaszcza w miejscowościach niekorzystnie pod względem higijenicznym położonych, i usadawia się przeważnie w domach z piwnicami napełnionemi wodą zaskórną bez odpływu. Wiek od 1 do 5 lat jest najczęściéj nawiedzanym od błonicy, ale nie szczędzi ona ani wieku, ani płci; wydarza się tak w nizinach jak i w okolicach górzystych, z powietrzem czystém. Autor utrzymuje, że błonica może przenosić się z ludzi na zwierzęta i odwrotnie, a zaraźliwość jéj, wbrew zdaniu Montiego, jest znaczna. Wierząc w naturę grzybkową błonicy, autor utrzymuje, że sprawa ta nie jest zupełnie rozstrzygniętą, gdyż znajdowane drobnotwory nie są przyczyną lecz skutkiem choroby, produktem rozkładu, znajdowanym w ślinie i u osób zdrowych. Tylko hodowanie grzybków i sztuczne odtworzenie błonicy rozstrzygnie tę sprawę. Czy błonica jest chorobą początkowo miejscową, a następnie ogólną, czy téż odwrotnie, sprawa ta również nie jest wyjaśnioną. Na podstawie licznego materyjału klinicznego dzieli autor błonicę na trzy formy: 1) nieżytową, 2) z pokładami błon powierzchownemi i 3) zgorzelinową. Co do terapii, to podług prelegenta wiele wartości mają zachody zapobiegawcze, oparte na oddzieleniu dzieci zdrowych. Problematyczny mają skutek płukania profilaktyczne. Leczenie apteczne winno być miejscowe i ogólne: podtrzymywanie sił chorego z jednéj, płukanie antyseptyczne z drugiéj strony, czynią zadość w formach lżejszych; postać zgorzelinowa opiera się wszelkiemu lekowaniu.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Żuliński, Dr. Fritsche, Dr. Lachowicz, Dr. Osowicki i Dr. Laskiewicz.

Sekcyja oftalmologiczno-otologiczna.

Przewodniczący prof. Szokalski, sekretarz Dr. Kępiński.

I. Dr. Czarda (z Pragi) przedstawił rozmaite przyrządy własnego pomysłu, służące do badania ucha, jamy ustnéj, gardzieli, krtani i przewodów nosowych, a następnie mówił: O leczeniu zapalenia zewnętrznego ucha (*Otitis externa*). Przeszedłszy w krótkich słowach przyczyny i objawy téj choroby, poddał krytyce dotychczasową terapiję, przestrzegł przed przecinaniem wrzedzionek w uchu, a natomiast radzi okład zmaczany w wodzie z wyskokiem i posypany kw. borowym.

II. Dr. Benni mówił o przypadku przewlekłego zapalenia okołochrząstkowego muszli usznéj, które spostrzegał u młodego i zdrowego człowieka. Zapalenie trwało 4 miesiące, ustawicznie posuwając się, pomimo zachodów antyseptycznych i nacinań obeszło ono całe ucho i skończyło się tam, zkąd powstało. Sprawa przebiegała bez gorączki, a w następstwie pozostawiła znaczne skurczenie muszli. Prelegent przedstawił rysunki i fotografije, odnoszące się do tego przypadku.

III. Prof. Szokalski mówił: O środkach ściągających przy zapaleniu spojówki. Rozprawa prof. Szokalskiego dała powód do żywéj dyskusyi, w któréj wzięli udział Dr. Talko, Dr. Kępiński, Dr. Wicherkiewicz, Dr. Łasiński i prof. Rydel.

W Nrze 5 Dziennika Zjazdu czytamy, że wedle oświadczeń sekretarza tego posiedzenia Dra Kępińskiego, tak odczyt prof. Szokalskiego, jak i dyskusyja, którą wywołał, mają być ogłoszone w Przeglądzie Lekarskim i z tego powodu nie podajemy sprawozdania z tego odczytu, pozostawiając pierwszeństwo obszernemu referatowi, który gruntowniéj rzecz zapewne przedstawi.

IV-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Leube: O nerwowéj niestrawności.

Prelegent wspomina, że już Galen pisze o tym stanie chorobowym a z dawniejszych autorów opisuje go Quirinus profesor lipski w roku 1679 bardzo dokładnie. W nowszych czasach skreślił Maas obraz tego schorzenia, którém zajmowali się oprócz autorów francuskich i angielskich także Virchow, Bednar i Pollak; sam L. zebrał spostrzeżenia swoje, poczynione aż do roku 1869 w osobnéj, temu cierpieniu poświęconéj rozprawie.

W przebiegu nerwowéj niestrawności nie wykazano dotąd zmian anatomicznych w narządach dotkniętych, badanie zwraca się więc przedewszystkiém ku całéj grupie objawów klinicznych, którą L. dokładnie opisuje. Chorzy nią dotknięci są zazwyczaj źle zbudowani, chudzi, rzadko tylko zapadają ludzie zdrowo wyglądający. Powstanie téj choroby poprzedza czasami niedokrewność, choroba Brighta, lub nieżyt żołądka. Trawienie sprawia chorym dolegliwości, które przypisać należy układowi nerwowemu: nawały krwi do głowy, zawrót, uczucie zmęczenia, kołatania serca lub tętnienia aorty. Ze strony żołądka pojawia się odbijanie, częstokroć nudności, czasem wymioty a stałym prawie objawem jest uczucie pełności i gniecenia w żołądku; przy obmacywaniu nie zwiększają się zazwyczaj dolegliwości. Do bardzo częstych objawów zaliczyć należy zgagę i uczucie zwane *globus*, czasem trapi chorych uczucie głodu, w innych przypadkach łaknienie ustępuje po spożyciu kilku kęsów; zaparcie stolca jest najczęstszém, rzadko występuje biegunka. Sen bywa niespokojny, usposobienie smutne, a nastrój śledzienniczy wcale nierzadkim. W pewnéj liczbie przypadków występują wszystkie wyliczone przypady, w innych tylko niektóre z nich utrzymują się przez kilka lat pomimo tego, że żołądek trawi znakomicie.

L. odczytuje historyję choroby przypadku nader typowego a wreszcie zastanawia się nad każdym z wyliczonych przypadów z osobna, przytaczając liczby procentowe, zebrane ze stu przypadków własnéj obserwacyi. W przebiegu nerwowéj niestrawności nie bywają zmiany anatomiczne lub przemiany chemiczne przyczyną wymiotów, lecz zwiększona wrażliwość nerwów żołądka. Ponieważ nie ma wśród tego cierpienia podstawy do przypuszczenia rozszerzenia żołądka ani téż silnéj aspiracyi ze strony gardziela, jasném jest dla czego wśród odbijania wydobywają się gazy bez smaku i woni a nie miazga kwaśna. L. odbiera wrażenie, jakoby zwykłe trawienie stawało się uciążliwszém dla żołądka z przesadną wrażliwością. Nudności i brak łaknienia tłumaczy się również zwiększoną pobudliwością nerwów, do powstania tych przypadów nie potrzeba wcale obecności zmian anatomicznych żołądka; niektórzy ludzie doznają łaknienia dopiéro wśród jedzenia a u niektórych chorych na raka żołądka istnieje łaknienie pomimo zmiany anatomicznéj. Zgaga występuje najczęściéj, gdy kwaśna miazga dostaje się do gardziela, które nerwy pośrednicą w powstawaniu tego uczucia nie wie L., bez wątpienia jednak może zgagę wywołać tworzenie się

nieprawidłowych kwasów w żołądku, jakkolwiek w jednym przypadku, w którym pojawiał się ten przypad okazało się przy przepłukaniu próbném, że w żołądku tworzyło się za mało kwasu.

Oprócz tych przypadów pochodzących ze żołądka występuje cały szereg objawów ze strony układu nerwowego: ból lub nawały krwi do głowy, bezsenność, niepokój, uczucie zmęczenia i t. p., w kilku przypadkach spostrzegano czkawkę a w 70% przypadków zmianę smaku. Nad uczuciem zawrotu głowy zastanawia się L. nieco obszerniéj. Uczucie to wyliczano od dawna wśród przypadów nerwowéj niestrawności i można sie przekonać, że ono występuje u jednego na sześciu chorych, jużto jako objaw główny już też jako przypad mniéj ważny. Typowo i regularnie pojawia się czasami zawrót skoro tylko poprzedziła zgaga lub uczucie ściskania w gardzielu; czasami występuje ono tylko w pewnym okresie trawienia, np. w dwie lub trzy godziny po jedzeniu, albo bywa zależném od ilości pokarmu spożytego, można je téż nieraz wywołać uciskając lekko okolicę żołądka. Związek zachodzący pomiędzy chorobą żołądka a zawrotem jest dotąd niewytłumaczony. L. uważa za nieodpowiednie zaliczanie wszystkich takich chorych w poczet śledzienników, gdyż zaledwie w 10% przypadków spostrzegał nastrój śledzienniczy. Następnie zastanawia się nad tém, czy rozpoznanie niestrawności nerwowéj jest możliwém na podstawie tego szeregu przypadów i dochodzi do przekonania, że rozpoznanie będzie najczęściéj tylko z pewném prawdopodobieństwem możliwém, to też skłoniło go do przedsiębrania próbnych przepłukiwań żołądka, aby się przekonać czy można ten rodzaj niestrawności odróżnić od innych rodzajów téjże. Aby należycie ocenić wartość tego sposobu rozpoznawczego należy sobie uprzytomnić pewne zjawiska fizyjologiczne, które pojawiają się u ludzi zdrowych w czasie trawienia. U bardzo wielu osób pojawia się mianowicie pewien wpływ trawienia na stan ogólny, a polega on na uczuciu pewnego niezadowolenia lub pełności. Wpływ ten tłumaczy L. oddziaływaniem narządów przyjmujących pokarmy na układ nerwowy. Instynktowo niejako staramy się uniknąć tego wpływu drzemiąc po obiedzie lub pijąc wśród jedzenia wino albo kawę po jedzeniu, tym sposobem udaje się powstrzymać nieprzyjemne uczucia ze strony układu nerwowego, jeżeli jednak działanie to jest silniejszém i występują objawy ogólne ze strony ośrodków nerwowych rozwija się obraz choroby polegającéj na tle nerwowém, obraz niestrawności nerwowéj. Różnica pomiędzy niestrawnością nerwową a niestrawnością z powodu choroby żołądka zasadza się na tém, że niestrawność drugiego rodzaju przebiega szybciéj i nieregularnie podczas gdy pierwsza jest przyrody wyłącznie symptomatycznéj. Rozpoznanie opiera się na rozróżnieniu czy trawienie odbywa się prawidłowo czy nieprawidłowo; przepełnienie żołądka 6 do 7 godzin po jedzeniu rozstrzyga sprawę, woda wypływająca napowrót powinna być zupełnie czystą co nie zdarza się skoro błona śluzowa żołądka uległa zmianie chorobowéj. Przepłukanie próbne stanowi jedyny stanowczy sposób rozpoznawczy. W dalszym ciągu przeszedł L. systematycznie wszystkie stany chorobowe, któreby mogły w skutek podobieństwa przypadów utrudnić rozpoznanie; charakterystykę schorzenia stanowi nieprawidłowe oddziaływanie żołądka na sprawę trawienia fizyjologicznego, być może, że istnieją w tém schorzeniu pewne zmiany drobnowidowe dotąd ich jednak nie wykazano.

Niestrawność nerwowa może powstać na tle septycznem w skutek zakażenia, wykazano ją jako następstwo mocznicy, zimnicy i zatrucia tytoniowego, niedokrewność i choroby wyczerpujące zapas sił fizycznych mogą ją sprowadzić. W 14tu przypadkach poprzedził chorobę nieżyt żołądka a prawdopodobném jest, że po ustąpieniu nieżytu powstała ona na tle zwiększonéj wrażliwości nerwów. Rokowanie nie jest, zdaniem L., pomyślném; zupełne wyleczenie jest bowiem nader rzadkiém; najlepiéj jeszcze można rokować w przypadkach ogólnych zmian odżywczych lub w przypadkach przyrody zakaźnéj. *Quoad vitam* jest rokowanie dobrém jakkolwiek w dwóch przypadkach z obserwacyi autora rozwinęła się gruźlica. Leczenie najodpowiedniejsze polega na zastósowaniu wodolecznictwa, pobytu w okolicach górskich, kąpiel morskich i starannego wyboru pokarmów.

W dyskusyi, która się rozwinęła nad tym przedmiotem, brali udział Ewald, Finkler, Senator, Jürgensen i inni. Z kolei zabrał głos

Goltz: **O lokalizacyi czynności mózgowych.**

Pewne miejsca kory przodkowych płatów mózgowych uważano w ostatnich czasach za ośrodki ruchowe zwierząt, zadrażnienie elektryczne tych miejsc wywoływało skurcze, wycięcie ich dawało powód do porażeń pewnych grup mięśniowych. Ferrier sądzi, że ośrodek ruchowy dla odnóg przodkowych leży w t. zw. pasie pobudliwym *(erregbare Zone)*. Do rezultatów wprost przeciwnych doszli Fritsch i Hitzig, ci twierdzą bowiem, że wycięcie tych miejsc nie sprowadza porażeń, Schiff dowodzi, że uczucie dotyku bywa upośledzoném po wycięciu t. zw. pasma pobudliwego, Munk wreszcie rozszerza zapatrywanie Schiffa i głosi, że uczucie bólu bywa również zniesioném w tych miejscach. W skutek tego znieczulenia traci zwierzę zdolność poruszania temi odnogami.

G. utrzymuje, że udowodnił, iż wszyscy ci badacze zbliżyli się jedynie do prawdy. Porażenie nie następuje po odjęciu ośrodków ruchowych, lecz tylko pewne upośledzenie czynności mięśni, również i czucie bywa utrzymaném jakkolwiek rozwija się pewne odrętwienie a to tylko wśród pewnych okoliczności. Chcąc uchylić się od zarzutu, że za małe tylko zakresy ośrodków ruchowych odejmował, wycinał G. nie tylko istotę szarą lecz także całe płaty wraz z podstawą a mimo tego nie mógł potwierdzić spostrzeżeń Munka, co więcéj otrzymał on następujący szereg zmian po głębokiém zniszczeniu t. zw. pasma motorycznego: ruchy dowolne, chodzenie, stanie, bieganie były możliwemi. Nie były one wcale ruchami podobnemi do odruchów lub poruszeń maszyny, gdyż zwierzęta żywiły się dowolnie, biegły ku misce z pożywieniem, odganiały inne psy szczekaniem lub kąsaniem, czego wszystkiego za odruch uważać nie można. Czucie nie było również zniesione, było może nieco upośledzone wśród pewnych jednak okoliczności można było nawet przeczulicę u tych zwierząt spostrzedz, gdy np. podniecano baczność zwierzęcia. Nawet po odjęciu pasma czuciowego Munka, oddziaływały zwierzęta, a zdradzały to zgrzytaniem zębami lub szczekaniem gdy się ich dotykano ostrożnie podczas gdy się żywiły, co świadczy bez wątpienia o istnieniu czucia. Jeżeli Munk nie popadł przypadkiem w błąd wśród swoich spostrzeżeń to wykazał jedynie, że czucie może być zniesione tym sposobem, G. zaś dowodzi, że ono nie musi być zniesione. Jeżeli jednak rzecz ma się tak w istocie to usprawiedliwionym jest wniosek, że oprócz miejsca wyciętego pośredniczą inne okolice kory mózgowéj w przejmowaniu wrażeń czuciowych. Przyjmując zda-

nie powyższe za pewne obala się tym sposobem podstawę całéj obecnéj nauki o lokalizacyi w mózgu.

Na podstawie swoich doświadczeń doszedł G. do spostrzeżeń zupełnie nowych, a na podstawie tychże możnaby oprzeć nową naukę o lokalizacyi. Zwierzęta, mianowicie te, którym odjęto część płatów przodkowych po obu stronach, zachowują się nader niezręcznie tak, że wnosić można, iż one tracą własność odpowiedniego kombinowania grup mięśniowych, aby wykonać pewną czynność. Drugiém zjawiskiem jest wzmocnienie pewnych odruchów, tak że zachowanie się tych zwierząt dorosłych jest bardzo podobném do zachowania się szczeniąt. Prawdopodobnie przychodzą starsze zwierzęta do poznania, że ruchy te są nieodpowiedniemi i starają się nad niemi zapanować.

Najwięcéj zajmującą jest zmiana usposobienia: psy, którym odcięto głęboko płaty przodkowe, stają się złośliwemi, okazują pewne podniecenie i ruchliwość, podczas gdy psy z odciętemi płatami tylnemi stają się spokojnemi i dobremi, a zmiana ta była nader wybitną u zwierzęcia przed tém bardzo złośliwego. Oprócz tego można u ostatnich spostrzedz znaczne przytępienie bystrości zmysłów, pomimo że nie są wcale głuchemi ani ślepemi.

Gdyby się chciano puścić na drogę hipotez, przeciw czemu zastrzega się autor, możnaby snadnie uważać te zjawiska za przyczynki do stwierdzenia nauki Galla, który twierdził, że płaty przodkowe są siedliskiem niedowierzania i złości, tylne siedliskiem usposobień łagodnych; autor ostrzega jednak przed przedwczesném stósowaniem tych zjawisk fizyjologicznych do patologii ludzkiéj.

Następnie okazał G. psa, któremu wycięto w październiku roku zeszłego t. zw. ośrodki ruchowe i rzeczywiście nie okazywał pies ten żadnych porażeń, lecz tylko podniecenie przez autora poprzednio opisane, utrudnienie kombinacyj ruchów mięśniowych i zwiększoną pobudliwość odruchową. Dnia następnego okazał G. na mózgu tegoż psa, którego zabito tymczasem, że po obu stronach były t. zw. ośrodki ruchowe zupełnie zniszczone a pomimo tego nie można było za życia wcale spostrzedz porażeń.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos Günther, Rosenthal i Nothnagel. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera.** Wiadomości o pojawieniu się cholery w Lugdunie widocznie była myłną; zaraza więc ogranicza się dotąd do wybrzeża Morza śródziemnego, jakkolwiek w Tulonie i Marsylii sroży się nieustannie. Obawy więc co do szybkiego przeniesienia się jéj do innych krajów maleją, a sprawozdanie tygodniowe prof. Draschego we Wiedniu równie opiewa uspokajająco. Dr. Koch jest już z powrotem w Berlinie, a urzędowa gazeta berlińska oświadcza, że sprawozdanie dzienników o zapatrywaniu jego na sposób zapobiegania cholerze nie są wiarogodne. Ale dla czego Koch nie zdaje sam sprawy z doświadczeń swych, czynionych we Francyi?

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6 do 12 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25.2. Z ospy umarło 2 (2 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.); z róży 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 krztuśca, 3 odry. W tygodniu od 29 czerwca do 5 lipca ospa w Londynie zabrała ofiar 30, leczyło się w szpitalach 1449, świeżo przybyło 286. W Wiedniu, Petersburgu, umarło po 1, w Paryżu, Odesie, Maladze po 2; w Liwerpolu i Lizbonie po 3, w Turynie i Brukseli po 4, w Bombayu 6, w Nowym Orleanie 7, w Pradze 11, w Kalkucie i Madrasie (od 11—17 maja) 28 względnie 53. Odra panuje w Paryżu, Londynie, Liwerpolu, Roterdamie i Hadze. Z duru brzusznego umiera więcéj w Paryżu i Londynie. Z duru osutkowego umarło w Saragosie i Granadzie po 1, w Madrasie (od 21—27 kwietnia) 2. Z cholery umarło w Madrasie i Kalkucie od 11—17 maja 1 względnie 67, w Bombayu od 4—10 czerwca 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 czerwca d 5 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,3; w Warszawie 27,9; w Poznaniu 39,1: w Wiedniu 24,0; w Pradze 38,6; w Tryjeście 28,1; w Berlinie 32,7; we Wrocławiu 31,0; w Hamburgu 29,0; w Mnichowie 32,1; w Gdańsku 30,3; w Dreźnie 31,9; w Lipsku 25,6; w Bazylei 13,9; w Hadze 28,1; w Paryżu 23,0; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 24,0; w Stokholmie 24,6; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 27,7; w Odesie 41,7; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 28,3; w Lizbonie 22,1; w Aleksandryi 38,0; w Nowym Jorku 24,7; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 26,6; w Madrasie 37,3. *J. B.*

Śmiertelnosć we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 29 czerwca do 5 lipca zmarło 57 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1,000 m. 25·7. W tym czasie zmarło 3 osób z dyfteryi, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lipca. W poniedziałek ostatni odbyło się w Akademii Umiejętności posiedzenie jéj Wydziału matematyczno przyrodniczego, na którém prof. Rostafiński przedłożył swą pracę pod tytułem: Stosunek rozwoju cholery z r. 1873 w Krakowie do współczesnych opadów atmosferycznych. Rzecz statystyczna podjęta w sprawie sporu między pp. Pasteurem i Kochem. Skreśliwszy dotychczasowy wynik badań Dra Kocha prelegent okazał tablicę, na któréj graficznie przedstawił tak szerzenie się cholery w Krakowie w czasie epidemii w r. 1873, jak i ilość współczesnych opadów meteorycznych. Z zachodzącego stosunku uwydatnił te dane, które przemawiają za zapatrywaniami Dra Kocha. Po zajmującym tym wykładzie treści rozprawy, nad którą prof. Rostafiński pracuje, nastąpiła krótka dyskusyja, w któréj zabierali głos prócz prof. Dra Rostafińskiego, prof Dr. Czyrniański i Dr. Warschauer.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 16 bm. było gości w Krynicy 1494, w Rożnowie 910, w Szczawnicy 1554, w Gainfarn 766, w Giesshübłu 209, w Cieplicach czeskich 4980, w Truskawcu do 20 bm bawiło osób 692.

* Kierujący naukową wyprawą na pograniczach turecko-perskich Dr. Jabłonowski przybył około 20 czerwca do Bagdadu; ze względu jednak na ustającą dżumę w Bagdadzie, rodak nasz zamierzył udać się do Mendyli i Bedra-Dżesan, gdzie grasuje morowa zaraza.

* W Anglii powstało „Pocztowe Towarzystwo mikroskopijne“, którego celem jest rozsyłka członkom tego Towarzystwa ważniejszych preparatów histologicznych, mających bezpośredni związek z nauką lekarską. Co 2 tygodnie otrzymują członkowie po 12 nowych preparatów, a co 3 miesiące Nr. dziennika: *Journal of microscopy.* (*The Lancet* 21 czerwca).

* Z wykazu przedstawionego Parlamentowi angielskiemu wynika, że w r. 1883 zabito przy doświadczeniach wiwisekcyjnych tylko 15 zwierząt; badaniami trudniło się 32 uczonych, którzy wykonali 535 doświadczeń. (*The Lancet* 21 czerwca).

* Sławny podróżnik Graham wzniósł się na wyżyny Himalai do 23,700 stóp nad powierzchnię morza, t. j. o 1,700 stóp wyżéj, aniżeli dotychczasowe usiłowania ludzkie sięgały. Graham powiada, że „podczas wznoszenia się na te wyżyny nie doświadczył żadnych zaburzeń oddechowych, oprócz zwykłego zmęczenia. Nie doznał on mdłości, krwotoków nosowych, ogłuszenia lub oślepienia, a jedyny narząd, na który to wznoszenie wywierało widoczny wpływ było serce, którego bicie było nader silne. (*The Lancet* z 21 czerwca).

* Znany badacz Paget przytacza interesujące liczby statystyczne, wykazujące stosunek zdrowia do pracy w Anglii. Na jednego robotnika przypada 9 dni choroby rocznie, co

dla całego państwa wynosi stratę 20 milijonów tygodni, i w przybliżeniu wynosi 300 milijonów złr. (*Med. Presse* z 25 czerwca).

* **Wiedeń** Sprawa Dra Spitzera, skazanego, jak w swoim czasie donieśliśmy, przez Sąd powiatowy na utratę dyplomu za dopuszczenie się błędu lekarskiego, toczyła się ponownie przed Sądem krajowym, w drodze rekursu. Sąd czyniąc zadość wnioskowi obrońcy postanowił zażądać orzeczenia Wydziału lek. i tym sposobem sprawa weszła na tor właściwy.

Śród obawy przed cholerą nie zwrócono uwagi na przypadki wścieklizny, coraz częściéj w stolicy pojawiające się w skutek ukąszenia przez psy chore. Czasopisma lekarskie domagają się słusznie stosowania kagańców.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Peters mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj w Krakowie.

Stopnie doktorów w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Erazm Krzyszkowski z Krzeszowic, Stanisław Braun z Jaszczew w Galicyi, Kazimierz Musiałowicz z Krakowa. Aleksander Bossowski z Tenczynka, Jan Stefanicki z Nałuża w Galicyi.

W dniach 17. 18 i 19 bm. otrzymali na Uniwersytecie Jagiellońskim stopnie magistrów farmacyi następujący panowie: Bemben Franciszek rodem z Lipinek, Ćwik Tomasz z Bochni, Daczyński Maryjan z Grybowa, Krasiński Roman z Godowy, Krasuski Gustaw z Łowczówki. Markiewicz Ludwik z Drohobycza, Miaskowski Jan z Kamienia, Świątkiewicz Henryk z Jasienicy, Świtalski Władysław Ludwik z Przeworska, Weiss Alfred z Krosna. Wrzesiński Bolesław Ignacy z Brzozówki (Król. Pols.), Trybuła Ignacy z Żmigrodu.

* **Mianowania.** Dr. Julijusz Niedermann prymaryjusz i docent prywatny, mianowany został dyrektorem zakładu krajowego dla obłąkanych w Budapeszcie. Dyrektor powszechnego szpitala w Pradze Dr. Smoler mianowany został zdrowotnym referentem Królestwa czeskiego.

* **Nekrologija.** W Kroacyi umarł Dr. Aleksy Vaneas, prezes tamecznéj Rady sanitarnéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Rejchmana: O tak zwanéj niestrawności kwaśnéj; Adamkiewicza: O ucisku mózgu. W *Medycynie* Nr. 29: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KOSZUTSKI: 1) O stosunku dyfteryi do krupu i o jéj wyłącznie lokalném leczeniu jednochlorkiem rtęci.

2) Etyjologija i leczenie choleryny niemowląt i dzieci. Poznań, 1884.

Piśmiennictwo lekarskie. BRAUNE W., u. W. HIS. Leitfaden f. die Präparanten der anatomischen anstalt in Lepzig. 8 Leipzig, Veit et Co. M 1.20.

Do Nru dzisiejszego załącza się tablica odnosząca się do artykułu Doc. Dra Jaworskiego.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 951.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Emolumenta są: Płaca roczna 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do dnia 1 Września rb.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów dnia 1 Lipca 1884 r.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.